Wie halten es Fachärzte mit der NSAR-Gabe?

Springermedizin hat einen Orthopäden, einen Rheumatologen und einen Kardiologen gefragt, wie sie angesichts der aktuellen Datenlage den Stellenwert von NSAR einschätzen. Allen Experten haben wir folgende drei Fragen gestellt

***Frage 1:** Welche Konsequenzen hat der kardiovaskuläre Risikoanstieg für die Langzeittherapie mit NSAR?*

***Frage 2:** Wirkt sich der Anstieg des Herz-Kreislauf-Risikos auch auf die Kurzzeittherapie mit NSAR aus?*

***Frage 3:** Welche medikamentösen Alternativen zu NSAR gibt es für die analgetische Behandlung?*

Prof. Rüdiger von Eisenhart-Rothe,
komm. Direktor der Klinik für
Orthopädie und Sportorthopädie am
Klinikum Rechts der Isar der TU
München

Das sagt der Orthopäde

zu Frage 1: Aufgrund des kardiovaskulären Risikos sollten bestimmte Patienten von einer NSAR-Therapie ausgenommen werden. Das sind Patienten mit einer Herzinsuffizienz der NYHA-Stadien II–IV, einer arteriellen Hypertonie mit Werten, die anhaltend über 140/90 mmHg liegen, einer klinisch gesicherten KHK, pAVK oder einer zerebrovaskulären Erkrankung. Weitere Kontraindikationen sind natürlich ein peptisches Ulkus oder eine aktive gastrointestinale Blutung, entzündliche Darmerkrankungen, schwere Leberinsuffizienz, Niereninsuffizienz ab einer Kreatinin-Clearance unter 30 ml/min sowie Schwangerschaft und Stillzeit. Aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils hinsichtlich gastrointestinaler Komplikationen setzen wir in der Langzeittherapie bevorzugt selektive COX-2-Hemmer ein.

zu Frage 2: Nicht bei kardiovaskulär unauffälligen Patienten. Bei Patienten mit kardiovaskulären Vorerkrankungen sollte das Nutzen-Risiko-Verhältnis besonders sorgfältig abgewogen werden. Im Falle der Entscheidung für eine Therapie sollten die niedrigste wirksame Dosis und eine möglichst kurze Therapie-dauer gewählt werden. Patienten mit Herzinsuffizienz der NYHA-Stadien II–IV, nicht kontrolliertem Bluthochdruck, symptomatischer KHK, pAVK oder zerebrovaskulären Erkrankungen sollten auch nicht kurzfristig mit NSAR behandelt werden.

zu Frage 3: Speziell bei Patienten mit leichter Arthrose kommen DMOAD (disease modifying osteoarthritis drugs) infrage, also die intraartikuläre Injektion von Hyaluronsäure oder die Einnahme von Glucosamin oder Chondroitin. Beide Therapien sind in den Behandlungsleitlinien der OARSI (Osteoarthritis Research Society International) bei milden Arthrose-graden mit dem Evidenzlevel Ia bewertet.